Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/4693

22. 05. 96

Beschlußempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuß)

zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 – Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997) – Drucksache 13/3062 –

und dem Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 – Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997) – Drucksache 13/3939 –

A. Problem

Durch das Gesundheitsstrukturgesetz wurden die Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser grundlegend geändert. Das kostenorientierte Finanzierungssystem wurde durch ein leistungsorientiertes Vergütungssystem ersetzt. Der eingeschlagene Weg wird mit dem Ziel fortgeführt, die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltungspartner auszuweiten. Zugleich wird die stationäre Versorgung wirksamer in das Gesundheitsversorgungssystem eingebunden. Damit werden die Voraussetzungen geschaffen, daß der größte Leistungsbereich des Gesundheitswesens, der auch ein volkswirtschaftlich bedeutender sozialer Dienstleistungsbereich ist, in den stetigen Prozeß zur Optimierung des Einsatzes der finanziellen Ressourcen besser einbezogen werden kann.

Dieser Gesetzentwurf ist Teil der dritten Stufe der Gesundheitsreform, die das Ziel hat, eine hochwertige medizinische Breitenversorgung und den medizinischen Fortschritt in Übereinstimmung

mit dem Leistungsvermögen der Beitragszahler zu sichern. Dazu werden das Selbstverwaltungsprinzip gestärkt, die positiven Wirkungen eines sozial verantwortlich ausgestalteten Wettbewerbs genutzt sowie mehr Transparenz und mehr Eigenverantwortlichkeit bei allen Beteiligten geschaffen.

B. Lösung

Folgende Regelungen sind von besonderer Bedeutung:

- Einbeziehung der Ausgaben für die stationären Leistungen in den Gesamtfinanzierungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Vereinbarung der Vertragsparteien auf Landesebene über eine Gesamtvergütung und deren Zuwachsrate als Obergrenze für die Summe der Erlöse der Krankenhäuser im Land für die Jahre 1997 bis 1999.
- Überführung der durch Rechtsverordnung vorgegebenen Fallpauschalen und Sonderentgelte zur eigenverantwortlichen Weiterentwicklung der Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundes- und Landesebene.
- Erweiterung der Mitgestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen bei der Entwicklung der Kapazitäten in der stationären Versorgung durch einvernehmliche Einbeziehung der Landesverbände der Krankenkassen in die Krankenhausplanung der Länder.
- Mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und mehr eigenverantwortliches Handeln von Krankenkassen durch die Zulässigkeit von Abschluß und Kündigung eines Versorgungsvertrages durch jeden einzelnen Landesverband der Krankenkassen.
- Sicherung der Qualität medizinischer Leistungen durch stärkere Einbindung der Ärztekammern.
- Verbesserung der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung durch Förderung der Praxiskliniken und Abbau von Hemmnissen im Belegarztwesen sowie durch gesetzliche Ermächtigung von Krankenhausärzten zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen.
- Aufhebung der Großgeräteplanung.

Durch die von den Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. eingebrachten und vom Ausschuß mehrheitlich angenommenen Änderungsanträge sind folgende Veränderungen vorgenommen worden:

- Der Belegarzt ist in der Dauer der Ausübung seiner ambulanten ärztlichen Tätigkeit nicht auf Dauer von einem Belegarztvertrag abhängig.
- Durch die Begrenzung der Verweildauer in der ambulanten Praxisklinik auf zwei Tage wird das Leistungsspektrum einer ambulanten Praxisklinik auf die Fälle konzentriert, die eines kurzzeitigen stationären Aufenthalts bedürfen.

- Die Begrenzung auf zwei Betten pro Arzt und zehn Betten insgesamt in der ambulanten Praxisklinik verhindert, daß in dieser Gestalt große Gesundheitszentren oder ähnliche Einrichtungen entstehen können.
- Der Verband der privaten Krankenversicherungen wird als Vertragspartei unmittelbar in die Pflegesatzvereinbarungen vor Ort einbezogen; auch wird er Vertragspartei für die Vereinbarung der Fallpauschalen – und Sonderentgeltkataloge auf Bundesebene.
- Der Verband der privaten Krankenversicherung kann zur Überprüfung der Angemessenheit der Wahlleistungskataloge den Klageweg beschreiten.

Mehrheitsentscheidung

Der Ausschuß hat dem so geänderten Gesetzentwurf mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und des Mitglieds der Gruppe der PDS angenommen.

C. Alternativen

Keine. Ein Verzicht auf die strukturelle Weiterentwicklung in der stationären Versorgung würde die Sicherstellung einer finanzierbaren hochwertigen und den medizinischen Fortschritt einbeziehenden Versorgung der Bevölkerung gefährden.

D. Kosten

Bund, Länder und Gemeinden werden nicht mit Kosten belastet.

Beschlußempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. – Drucksache 13/3062 – in der aus der anliegenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen und den Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 13/3939 – für erledigt zu erklären.

Bonn, den 22. Mai 1996

Der Ausschuß für Gesundheit

Dr. Dieter Thomae	**Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid)**
Vorsitzender	Berichterstatter

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 – Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997) – Drucksache 13/3062 – mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuß)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 – Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997)	**Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 – Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997)**
Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1 **Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**	**Artikel 1** **Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**
Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch § 16 Abs. 5 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch § 16 Abs. 5 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), wird wie folgt geändert:
1. § 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt: „§ 28 bleibt unberührt."	1. unverändert
2. In § 7 Abs. 1 wird Satz 2 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Die Krankenhausplanung erfolgt im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen; mit den übrigen Beteiligten sind einvernehmliche Regelungen anzustreben. Bei der Aufstellung der Investitionsprogramme sind mit den Beteiligten einvernehmliche Regelungen anzustreben."	2. unverändert
3. § 10 wird gestrichen.	3. unverändert
	3a. In § 16 Satz 1 werden in Nummer 7 der Punkt nach dem Wort „Krankenhäuser" durch ein Komma ersetzt und nach Nummer 7 folgende Nummer angefügt: **„8. ein Klagerecht des Verbandes der privaten Krankenversicherung gegenüber unangemessen hohen Entgelten für Wahlleistungen."**
4. § 17 wird wie folgt geändert:	4. § 17 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 2a werden die Sätze 1 und 2 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für die Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen sind schrittweise Fallpauschalen und Sonderentgelte einzuführen, die der Abrechnung von Krankenhausleistungen spä-	a) In Absatz 2a werden die Sätze 1 und 2 durch die folgenden Sätze ersetzt: „Für die Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen sind schrittweise Fallpauschalen und Sonderentgelte einzuführen, die der Abrechnung von Krankenhausleistungen spä-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
testens vom 1. Januar 1996 an zugrunde zu legen sind. Die Entgelte werden bis zum 1. Januar 1998 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 mit Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen bestimmt. Erstmals für den Pflegesatzzeitraum 1999 vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Entgeltkataloge und deren Weiterentwicklung. Die Entgeltkataloge sind für die Träger von Krankenhäusern unmittelbar verbindlich, die Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft sind; ist der Träger nicht Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft, sind die Entgeltkataloge der Pflegesatzvereinbarung zugrunde zu legen. Die in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte gelten ab dem 2. Januar 1998 als vertraglich vereinbart. Erstmals vereinbarte Fallpauschalen und Sonderentgelte sind ab Beginn des folgenden Pflegesatzzeitraums aus dem Budget des Krankenhauses auszugliedern. Die Vereinbarung weiterer Fallpauschalen und pauschalierter Sonderentgelte durch die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam und *die* Landeskrankenhausgesellschaft ist möglich; die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 können darüber hinaus zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur Entwicklung neuer pauschalierter Entgelte vereinbaren. Der Verband der privaten Krankenversicherung *kann sich an den Verfahren beteiligen."*	testens vom 1. Januar 1996 an zugrunde zu legen sind. Die Entgelte werden bis zum 1. Januar 1998 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 mit Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen bestimmt. Erstmals für den Pflegesatzzeitraum 1999 vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen und **der Verband der privaten Krankenversicherung** gemeinsam **mit der** Deutsche**n** Krankenhausgesellschaft die Entgeltkataloge und deren Weiterentwicklung. Die Entgeltkataloge sind für die Träger von Krankenhäusern unmittelbar verbindlich, die Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft sind; ist der Träger nicht Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft, sind die Entgeltkataloge der Pflegesatzvereinbarung zugrunde zu legen. Die in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte gelten ab dem 2. Januar 1998 als vertraglich vereinbart. Erstmals vereinbarte Fallpauschalen und Sonderentgelte sind ab Beginn des folgenden Pflegesatzzeitraums aus dem Budget des Krankenhauses auszugliedern. Die Vereinbarung weiterer Fallpauschalen und pauschalierter Sonderentgelte durch die Landesverbände der Krankenkassen und **den** Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam **mit der** Landeskrankenhausgesellschaft ist möglich; die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 können darüber hinaus zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur Entwicklung neuer pauschalierter Entgelte vereinbaren."
b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	b) unverändert
aa) In Nummer 2 wird das Komma nach dem Wort „hinausgehen" durch einen Punkt ersetzt.	
bb) Nummer 3 wird gestrichen.	
5. Nach § 17a wird folgender neuer § 17b eingefügt:	5. unverändert
„§ 17b Landesweite Gesamtvergütung	
(1) Für die Jahre 1997 bis 1999 vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Landeskrankenhausgesellschaft jeweils eine Gesamtvergütung als Obergrenze für die Summe der Erlöse der Krankenhäuser im Land; der Verband der privaten Krankenversicherung kann sich am Verfahren beteiligen. Die Gesamtvergütung ist insbesondere unter Berücksichtigung der medizinischen Entwicklung, der Leistungsentwicklung im Krankenhausbereich und in anderen Versorgungsbereichen, der Entwicklung von Zahl und Struktur der Versicherten sowie der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen zu vereinbaren. Grundlage der Gesamtvergütung sind die in Absatz 2 genannten Erlösarten der Krankenhäuser, die nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind. Die Vereinbarung ist bis zum 15. September des Vorjahres abzuschließen. Kommt eine Vereinbarung bis zu diesem Zeit-	

Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses

punkt nicht zustande, unterrichten die Vertragsparteien die Schiedsstelle nach § 18a. Diese setzt die Gesamtvergütung bis zum 15. Oktober des Jahres fest.

(2) Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbaren für jedes Krankenhaus einen Gesamterlösbetrag, der die voraussichtlichen Erlöse aus Fallpauschalen, Sonderentgelten, Abteilungspflegesätzen und dem Basispflegesatz sowie die Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren umfaßt.

(3) Überschreitet die Summe der nach Absatz 2 für die einzelnen Krankenhäuser vereinbarten Gesamterlösbeträge den Betrag der landesweiten Gesamtvergütung nach Absatz 1, teilen die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam den Krankenhäusern den Überschreitungsbetrag und den Vomhundertsatz der Überschreitung mit. Der Gesamterlösbetrag jedes Krankenhauses wird um diesen Vomhundertsatz gekürzt. Die Krankenhäuser ermäßigen ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Mitteilung folgt, den Rechnungsbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen sowie für vor- und nachstationäre Behandlung und ambulantes Operieren um den Vomhundertsatz.

(4) Überschreiten die im Kalenderjahr erzielten und nach Absatz 7 Satz 1 berichtigten Erlöse der Krankenhäuser im Land die Gesamtvergütung nach Absatz 1, ist der Überschreitungsbetrag zurückzuzahlen. Zur anteiligen linearen Rückzahlung sind nur die Krankenhäuser verpflichtet, deren berichtigte Erlöse den nach Absatz 2 vereinbarten Gesamterlösbetrag, im Falle von Absatz 3 Satz 3 den gekürzten Gesamterlösbetrag, überschritten haben. Die Landesverbände der Krankenkassen ermitteln gemeinsam nach Ablauf des Kalenderjahres die auf die einzelnen Krankenhäuser entfallenden Rückzahlungsbeträge und teilen diese den Krankenhäusern mit. Die Rückzahlung ist auf den Mehrerlös des Krankenhauses gegenüber dem vereinbarten Gesamterlösbetrag, im Falle von Absatz 3 Satz 3 dem gekürzten Gesamterlösbetrag, begrenzt. Die Rückzahlung entfällt, soweit die Erlöse auf Grund von Notfällen mit erheblicher Folgewirkung für die Gewährleistung der notwendigen Krankenhausversorgung entstanden sind.

(5) Die Landesverbände der Krankenkassen stellen gemeinsam bis zum 31. Januar jeden Jahres die Summe der vereinbarten Gesamterlösbeträge fest. Soweit einzelne Pflegesatzvereinbarungen noch nicht abgeschlossen sind, sind die Gesamterlösbeträge dieser Krankenhäuser sachgerecht zu schätzen. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die im Vorjahr erzielten Erlöse bis zum 31. März jeden Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen zu übermitteln.

(6) Die Pflegesatzvereinbarung nach § 18 für das Folgejahr ist jeweils bis zum 30. November zu schließen. Ein notwendiges Schiedsverfahren ist bis zum 31. Dezember des Jahres abzuschließen.

Entwurf

Über die Genehmigung nach § 18 Abs. 5 ist bis zum 31. Dezember des Jahres, bei Schiedsverfahren bis zum 16. Januar des Folgejahres zu entscheiden.

(7) Abweichend von § 12 Abs. 4 und § 11 Abs. 8 der Bundespflegesatzverordnung werden Mehr- oder Mindererlöse des Krankenhauses gegenüber dem nach Absatz 2 vereinbarten Gesamterlösbetrag, im Falle von Absatz 3 Satz 3 dem gekürzten Gesamterlösbetrag, zu 50 vom Hundert ausgeglichen. § 12 Abs. 5 und 6 der Bundespflegesatzverordnung wird nicht angewendet.

(8) Die nach den Absätzen 4 und 7 Satz 1 zurückzuzahlenden und auszugleichenden Beträge sind unverzüglich über das Budget eines folgenden Pflegesatzzeitraums zu verrechnen."

6. In § 29 werden die Absätze 3 bis 5 gestrichen.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

5a. § 18 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 wird nach dem Wort „insgesamt" ein Komma eingefügt.

b) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer eingefügt.

„3. sowie der Verband der privaten Krankenversicherung, soweit auf die Selbstzahler".

6. unverändert

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050), wird wie folgt geändert:

1. § 85 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 2a wird gestrichen.
   b) In Absatz 4a wird Satz 2 gestrichen.

2. In § 87 Abs. 2b werden die Sätze 3 bis 5 gestrichen.

3. In § 103 werden nach Absatz 6 folgende Absätze angefügt:

   „(7) In einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, haben Krankenhausträger das Angebot zum Abschluß von Belegarztverträgen in den für die amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern der für den Planungsbereich zuständigen Ärztekammer auszuschreiben. Kommt ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt nicht zustande, kann der Krankenhausträger mit einem bisher im Planungsbereich nicht niedergelassenen geeigneten Arzt einen Belegarztvertrag schließen. Dieser erhält eine

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1. unverändert

2. unverändert

3. In § 103 werden nach Absatz 6 **die** folgende**n** Absätze angefügt:

   „(7) In einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, haben Krankenhausträger das Angebot zum Abschluß von Belegarztverträgen in den für die amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern der für den Planungsbereich zuständigen Ärztekammer auszuschreiben. Kommt ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt nicht zustande, kann der Krankenhausträger mit einem bisher im Planungsbereich nicht niedergelassenen geeigneten Arzt einen Belegarztvertrag schließen. Dieser erhält eine

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung.	auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung; **die Beschränkung entfällt bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 3, spätestens nach Ablauf von zehn Jahren.**
(8) *Von* den Zulassungsbeschränkungen *ausgenommen* sind *Ärzte, die eine Zulassung als* Vertragsarzt in einer Praxisklinik (§ 116a *Abs. 1) beantragen, soweit und solange ihre Tätigkeit zur Erfüllung eines Vertrages nach § 116a Abs. 2 erforderlich ist.*"	(8) **Scheidet in einem Planungsbereich, für** den Zulassungsbeschränkungen **angeordnet** sind, **ein** Vertragsarzt **aus** einer **ambulanten** Praxisklinik (§ 116a **oder einer Praxisklinik § 107 Abs. 1) aus, ohne daß dadurch seine Zulassung endet, gilt für die Nachbesetzung Absatz 7 entsprechend.**"
4. In § 108 Nr. 3 werden die Wörter „mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Angabe „nach § 109 Abs. 1 Satz 1" ersetzt.	4. unverändert
5. Nach § 108 wird folgender neuer § 108a eingefügt: „§ 108a Krankenhausgesellschaften Die Landeskrankenhausgesellschaft ist der Zusammenschluß der Träger zugelassener Krankenhäuser im Land. In der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind die Landeskrankenhausgesellschaften zusammengeschlossen. Bundesverbände oder Landesverbände der Krankenhausträger können den Krankenhausgesellschaften angehören. Die von den Landeskrankenhausgesellschaften und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossenen Vereinbarungen, deren Abschluß den Krankenhausgesellschaften durch Gesetz oder Verordnung übertragen worden ist, sind für alle Mitglieder unmittelbar verbindlich."	5. unverändert
6. § 109 wird wie folgt geändert: a) Absatz 1 wird wie folgt geändert: aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt: „Der Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 kommt durch Einigung zwischen einem Landesverband der Krankenkassen oder einem Verband der Ersatzkassen und dem Krankenhausträger zustande; er bedarf der Schriftform. Landesverbände anderer Kassenarten oder andere Verbände der Ersatzkassen können dem Vertrag beitreten." bb) Satz 3 wird wie folgt gefaßt: „Dieser ist für alle Krankenkassen der betreffenden Kassenart unmittelbar verbindlich." b) In Absatz 2 wird Satz 2 gestrichen.	6. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
7. § 110 wird wie folgt geändert: a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefaßt: „Ein Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 kann von jeder Vertragspartei aus den in § 109 Abs. 3 Satz 1 genannten Gründen mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden." b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt: „Bei Plankrankenhäusern und Hochschulkliniken wird sie mit der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde wirksam."	7. unverändert
8. § 112 wird wie folgt geändert: a) In Absatz 1 werden die Wörter „oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam" gestrichen. b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt: „Sie sind für die beteiligten Krankenkassen und die Mitgliedskrankenhäuser der Landeskrankenhausgesellschaft unmittelbar verbindlich." c) In Absatz 5 werden die Wörter „oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam" gestrichen.	8. unverändert
9. In § 114 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam" durch das Wort „Landeskrankenhausgesellschaft" ersetzt.	9. unverändert
10. § 115 wird wie folgt geändert: a) In Absatz 1 werden die Wörter „oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam" gestrichen. b) Absatz 2 wird wie folgt geändert: aa) In Satz 1 Nr. 1 werden die Wörter „und der Behandlung in Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (Praxiskliniken)" gestrichen. bb) Satz 2 wird wie folgt gefaßt: „Sie sind für die beteiligten Krankenkassen, die Vertragsärzte und die Mitgliedskrankenhäuser der Landeskrankenhausgesellschaft unmittelbar verbindlich."	10. unverändert
11. § 115a Abs. 3 wird wie folgt geändert: a) In Satz 1 werden die Wörter „oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam" gestrichen. b) In Satz 3 werden die Wörter „oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam" gestrichen.	11. unverändert
12. In § 115b Abs. 1 werden die Wörter „oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam" gestrichen.	12. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
13. § 116 wird wie folgt geändert: a) Der bisherige Text wird Absatz 1. b) Folgende Absätze werden angefügt: „(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren einen Katalog ambulant zu erbringender hochspezialisierter Leistungen, für die besonders qualifizierte Krankenhausärzte nach Absatz 3 ermächtigt sind sowie im Einvernehmen mit den Bundesärztekammern die Anforderungen an die Qualifikation der Krankenhausärzte. (3) Krankenhausärzte, die eine nach Absatz 2 vereinbarte Qualifikation besitzen, sind mit Zustimmung des Krankenhausträgers zur persönlichen ambulanten Erbringung der nach Absatz 2 vereinbarten hochspezialisierten Leistungen auf Überweisung durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt desselben Gebietes ermächtigt. Der Krankenhausträger meldet die Ärzte der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Der ermächtigte Krankenhausarzt kann seine Tätigkeit erst aufnehmen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung der Ermächtigung nicht innerhalb von vier Wochen widerspricht. Der Widerspruch kann nur darauf gestützt werden, daß die regionale Versorgung auf dem spezialisierten Gebiet durch Vertragsärzte zum Zeitpunkt der Meldung sichergestellt sei. Widerspricht die Kassenärztliche Vereinigung der Ermächtigung, entscheidet der Zulassungsausschuß (§ 96) auf Antrag des Krankenhausarztes, ob die regionale Versorgung sichergestellt ist; bei Stimmengleichheit gilt die regionale Versorgung als nicht sichergestellt."	13. unverändert
14. Nach § 116 wird folgender neuer § 116a eingefügt: „§ 116a Praxiskliniken	14. Nach § 116 wird folgender neuer § 116a eingefügt: „§ 116a **Ambulante** Praxiskliniken
(1) Praxiskliniken sind Einrichtungen mehrerer in gemeinsamer Berufsausübung zusammenwirkender Vertragsärzte, in denen Versicherte ambulant und stationär versorgt werden können. Die Dauer der stationären Versorgung darf *vier* Tage nicht überschreiten. Je Vertragsarzt sind bis zu *vier* Betten zulässig. Praxiskliniken sind keine Einrichtungen im Sinne des § 107.	(1) **Ambulante** Praxiskliniken sind Einrichtungen mehrerer in gemeinsamer Berufsausübung zusammenwirkender Vertragsärzte, in denen Versicherte ambulant und stationär versorgt werden können. Die Dauer der stationären Versorgung darf **zwei** Tage nicht überschreiten. **In der ambulanten Praxisklinik** sind je Vertragsarzt bis zu **zwei** Betten **und insgesamt nicht mehr als zehn Betten** zulässig. **Ambulante** Praxiskliniken sind keine Einrichtungen im Sinne des § 107 **Abs. 1**.
(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit Praxiskliniken Verträge über stationäre Leistungen abschließen. Für die Kündigung von Verträgen gilt § 110 Abs. 1 Satz 1 und 2 entsprechend.	(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit **ambulanten** Praxiskliniken Verträge über stationäre Leistungen abschließen. Für die Kündigung von Verträgen gilt § 110 Abs. 1 Satz 1 und 2 entsprechend.
(3) Die ärztlichen Leistungen in der Praxisklinik sind Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet."	(3) Die ärztlichen Leistungen in der **ambulanten** Praxisklinik sind Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet."

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
15. § 122 wird gestrichen.	15. unverändert
	15a. In § 136 Abs. 1 werden nach den Wörtern „belegärztliche Leistungen" die Wörter „sowie der ärztlichen Leistungen in ambulanten Praxiskliniken" eingefügt.
16. § 137 wird wie folgt geändert:	16. unverändert
a) Satz 4 wird wie folgt gefaßt: „Das Nähere wird für Krankenhäuser in den Verträgen nach § 112 und für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in den Verträgen nach § 111 geregelt."	
b) Nach Satz 4 werden folgende Sätze eingefügt: „Mit den Ärztekammern ist, soweit sie zur Qualität medizinischer Leistungen Festlegungen getroffen und Leitlinien zur Diagnostik und Therapie entwickelt haben, Einvernehmen hierüber herzustellen. Soweit die Verträge Qualitätssicherungsmaßnahmen im Pflegebereich betreffen, sind die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe zu beteiligen."	
c) Im bisherigen Satz 5 wird das Wort „erheblichen" gestrichen.	
17. In § 299 Satz 2 werden die Wörter „oder den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land" gestrichen.	17. unverändert
18. In § 301 Abs. 3 werden die Wörter „oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam" gestrichen.	18. unverändert

Artikel 2 a

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

§ 22 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch die Vierte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

a) Satz 3 erster Halbsatz wird durch folgenden Halbsatz ersetzt:

„Die Entgelte für Wahlleistungen dürfen in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen;".

b) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung können Empfehlungen zur Höhe der Entgelte abgeben. Verlangt ein Krankenhaus ein unangemessen hohes Entgelt für Wahlleistungen, kann der Verband der privaten Krankenversicherung die Herabsetzung auf eine angemessene Höhe verlangen; gegen die Ablehnung einer Herabsetzung ist der Zivilrechtsweg gegeben."

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 3 **Inkrafttreten**	**Artikel 3** unverändert
(1) Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft, soweit in Absatz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist. (2) Artikel 1 Nr. 2 tritt am 1. Januar 1997 in Kraft.	

Bericht des Abgeordneten Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid)

A. Allgemeiner Teil

1. Zum Beratungsverfahren

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. in seiner 71. Sitzung am 23. November 1995 in erster Lesung beraten und an den Ausschuß für Gesundheit zur alleinigen Beratung überwiesen. Der gleichlautende Gesetzentwurf der Bundesregierung wurde vom Deutschen Bundestag am 7. März 1996 an den Ausschuß für Gesundheit zur alleinigen Beratung überwiesen.

Der Ausschuß für Gesundheit hat die Beratung des Gesetzentwurfs in seiner 35. Sitzung am 29. November 1995 aufgenommen. In seiner 38. Sitzung am 17. Januar 1996 beschloß der Ausschuß die Durchführung einer öffentlichen Anhörung von Sachverständigen. Diese Anhörung fand in der 43. Sitzung am 28. Februar 1996 statt. Zu dieser Anhörung waren als sachverständige Verbände der Bundesverband der Ortskrankenkassen, Bonn; der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen; der Verband der Angestelltenkrankenkassen e. V., Siegburg; der Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bergisch-Gladbach; die Bundesknappschaft, Bochum; der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel-Wilhelmshöhe; der Verband der privaten Krankenversicherungen e. V., Köln; die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf; der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e. V., Bonn; der Deutsche Städtetag, Köln; der Deutsche Städte- und Gemeindebund, Düsseldorf; der Deutsche Landkreistag, Bonn; der Bevollmächtigte des Rates der Evang. Kirche in Deutschland bei der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Gemeinschaft, Bonn; das Kommissariat der Deutschen Bischöfe, Bonn; die Bundesärztekammer, Köln; der NAV-Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V., Köln; die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln; der Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V., Köln; der Verband Leitender Krankenhausärzte Deutschlands e. V., Düsseldorf; der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., Mühlheim; die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Köln; der Bundesverband Deutscher Belegärzte e. V., München; der Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V., Bonn; der Deutsche Gewerkschaftsbund, Düsseldorf; die Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Stuttgart; die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Hamburg; der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, Eschborn; die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisation e. V., Göttingen, und als Einzelsachverständige Dr. Eckhardt Westphal, Klagenfurt; Dr. Hagen Kühn, Berlin; Ingrid Metzger-Seifert, München; Herrmann Wimmer, Osnabrück; H. Eugen Münch, Neustadt/Saale; Rudolf Hegenbart, München, geladen. Auf die als Ausschußdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen und das Wortprotokoll wird Bezug genommen.

Der Ausschuß setzte die Beratung in seiner 53. Sitzung am 24. April 1996 und seiner 55. Sitzung am 8. Mai 1996 fort. Er schloß die Beratung in seiner 56. Sitzung am 22. Mai 1996 ab und stimmte dem Gesetzentwurf in der vorstehend abgedruckten Fassung mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und des Mitglieds der Gruppe der PDS zu.

2. Zum Inhalt des Gesetzentwurfs

Der vorliegende Gesetzentwurf ist Teil der dritten Stufe der Gesundheitsreform, die das Ziel hat, die hohe Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens und dessen Finanzierbarkeit zu für Arbeitgeber und Arbeitnehmer akzeptablen Beiträgen zu sichern. Zahlreiche Interventionen des Gesetzgebers zur Kostendämpfung in den vergangenen zwei Jahrzehnten haben zu bürokratischen Verkrustungen geführt und die Selbststeuerung durch die unmittelbar Betroffenen im Gesundheitswesen beeinträchtigt.

Der Gesetzentwurf folgt konsequent dem Grundsatz der Vorrangigkeit der ambulanten Behandlung vor der stationären Behandlung. Dabei hat die Optimierung der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte einen besonderen Stellenwert. Dazu sind vor allem Anpassungen erforderlich, die die Selbstverwaltungspartner im vertragsärztlichen Bereich zu regeln haben. Dies gilt z. B. für eine deutlich verbesserte Präsenz der niedergelassenen Ärzte außerhalb der üblichen Praxiszeiten. Soweit gesetzliche Hemmnisse bestehen, werden diese im Rahmen der für den ambulanten Bereich vorgesehenen dritten Stufe der Gesundheitsreform abgebaut. Bestehende Hemmnisse im Bereich des Belegarztwesens sowie der Praxiskliniken werden mit diesem Gesetzentwurf beseitigt.

Der Anteil der Ausgaben für die Krankenhausbehandlung an den Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hat in den alten Ländern mit fast 34,4 % im Jahre 1994 einen historischen Höchstwert erreicht. Die überdurchschnittlichen Wachstumsraten der Krankenhausausgaben haben vielfältige Ursachen. Sie reichen von gesetzlich bedingten Mehrausgaben über Fehlanreize des alten Vergütungssystems bis hin zu Defiziten, die im ambulanten Versorgungssystem liegen.

Ein weiterer gravierender Systemmangel ist die primär einzelwirtschaftliche Betrachtung in der sta-

tionären Versorgung. Die Krankenkassen schließen mit den 2 350 Akutkrankenhäusern Pflegesatzvereinbarungen, ohne daß die Forderungen der einzelnen Häuser in die Gesamtbetrachtung einbezogen werden. Ein Kernpunkt der dritten Stufe der Gesundheitsreform im Krankenhaus ist deshalb die Einführung einer landesweiten Gesamtvergütung für Krankenhausleistungen, die von den Vertragspartnern auf Landesebene vereinbart wird. Damit wird den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene ein neues Instrument an die Hand gegeben, um das medizinisch Notwendige mit den finanziellen Möglichkeiten besser abstimmen zu können.

Mit der Gesamtvergütung kann sichergestellt werden, daß die Ausgabenentwicklung für stationäre Leistungen in kalkulierbaren Grenzen bleibt. Mehr- und Minderbelastungen einzelner Krankenhäuser infolge veränderter Patientenzahlen können innerhalb der Gesamtvergütung ausgeglichen werden. Die Vergütung der Krankenhausleistungen erfolgt auf der Grundlage des neuen Entgeltsystems über Fallpauschalen, Sonderentgelte, Abteilungspflegesätze und den Basispflegesatz. Die mit den neuen Entgeltarten verfolgten Ziele wie mehr Transparenz, Verkürzung der Verweildauer und Anreize zu mehr Wirtschaftlichkeit bleiben voll wirksam.

Überschreiten die Verhandlungsergebnisse für die einzelnen Krankenhäuser die landesweite Gesamtvergütung, werden die Verhandlungsergebnisse linear gekürzt. Nach Ablauf des Kalenderjahres wird ermittelt, ob die landesweite Gesamtvergütung insgesamt eingehalten wurde. Soweit dabei Überschreitungen auftreten, sind die entstandenen Beträge durch die verursachenden Krankenhäuser zu erstatten.

Die Kataloge der Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Leistungen werden aus der Bundespflegesatzverordnung ausgegliedert und der Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen auf Bundesebene übertragen.

Angesichts des Verhältnisses der Betriebskosten zu den investiven Aufwendungen ist die bisherige Einbeziehung der Krankenkassen in die Krankenhausplanung unbefriedigend geregelt. Die große gemeinsame Verantwortung, die die für die Krankenhausplanung zuständigen Länder und die für die Finanzierung der Betriebskosten zuständigen Krankenkassen haben, soll in Zukunft dadurch gestärkt werden, daß die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen einvernehmlich in die Krankenhausplanung der Länder einbezogen werden.

Den einzelnen Verbänden der Krankenkassenarten werden beim Abschluß und der Kündigung von Versorgungsverträgen mit den Krankenhäusern deutlich erweiterte Handlungsspielräume gewährt. Das Erfordernis des gemeinsamen und einheitlichen Handelns der Kassenverbände wird zugunsten erweiterter kassenindividueller Möglichkeiten der Vertragsgestaltung abgeschafft. Zudem wird darauf verzichtet, daß die Kündigung eines Versorgungsvertrages im Falle sogenannter Vertragskrankenhäuser durch die jeweils zuständige Landesbehörde genehmigt werden muß. Damit wird ein weiterer Schritt zur Entstaatlichung und zu mehr Freiräumen für die Krankenkassen getan.

Die Planung des Einsatzes dieser Geräte hat die Überversorgung nicht verhindern können. Vor diesem Hintergrund und als ein weiterer Schritt zum Abbau gesetzlicher Vorgaben wird die Großgeräteplanung aufgegeben. Es wird vielmehr davon ausgegangen, daß die Beteiligten diese Aufgabe wirkungsvoller regeln können und den Einsatz von Großgeräten über die Vergütungsregeln steuern werden.

Durch die von den Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. eingebrachten und vom Ausschuß mehrheitlich angenommenen Änderungsanträge sind folgende Veränderungen vorgenommen worden:

- Der Belegarzt ist in der Dauer seiner ambulanten ärztlichen Tätigkeit nicht auf Dauer von einem Belegarztvertrag abhängig.
- Durch die Begrenzung der Verweildauer in der ambulanten Praxisklinik auf zwei Tage wird das Leistungsspektrum einer ambulanten Praxisklinik auf die Fälle konzentriert, die eines kurzzeitigen stationären Aufenthalts bedürfen.
- Die Begrenzung auf zwei Betten pro Arzt und zehn Betten insgesamt in der ambulanten Praxisklinik verhindert, daß in dieser Gestalt große Gesundheitszentren oder ähnliche Einrichtungen entstehen können.
- Das Gebot der Angemessenheit der Entgelte für Wahlleistungen wird stärker betont.
- Der Verband der privaten Krankenversicherung wird als Vertragspartei unmittelbar in die Pflegesatzvereinbarungen vor Ort einbezogen; auch wird er Vertragspartei für die Vereinbarung der Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge auf Bundesebene.
- Der Verband der privaten Krankenversicherung kann zur Überprüfung der Angemessenheit der Wahlleistungsentgelte den Klageweg beschreiten.

3. Zu den Beratungen im Ausschuß

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. führten zu den von ihren Fraktionen eingebrachten Änderungsanträgen aus, daß es bei der Änderung zu § 103 SGB V zum einen darum gehe, daß die Belegärzte, die in einer Klinik ihren Beruf zulässigerweise ausüben, nicht in die Gefahr kommen sollten, nach Beendigung ihrer langjährigen (mindestens zehnjährigen) Belegarzttätigkeit ins Bodenlose zu fallen, weil sie wegen der Niederlassungsbeschränkung ihren Beruf nicht mehr ausüben können. Andererseits müsse aber sichergestellt sein, daß die Tätigkeit als Belegarzt nicht als eine Art Durchgangsstation angesehen werden, um anschließend die Zulassungsbeschränkungen zu umgehen.

Zum anderen werde durch die Änderung des § 103 Abs. 8 SGB V sichergestellt, daß die Ausnahmezulassung in überversorgten Gebieten im Zusammenhang mit der Tätigkeit in einer Praxisklinik begrenzt ist auf die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einer Praxisklinik. Der ursprüngliche Gesetzentwurf er-

möglichte dagegen auch Ausnahmen von Zulassungsbeschränkungen bei Neugründungen von Praxiskliniken. Diese Ausnahmezulassung soll auch gelten für die Nachbesetzung in herkömmlichen nach § 108 SGB V zugelassenen Praxiskliniken.

Bei § 116a SGB V seien zwei Änderungen notwendig gewesen: In der Öffentlichkeit sei es bei dem Begriff der Praxisklinik zu Mißverständnissen gekommen. Denn auch nach geltendem Recht gebe es bereits Praxiskliniken, die allerdings im Gegensatz zu den Praxiskliniken neuen Typs der Krankenhausplanung unterlägen. Man habe deshalb für die neuen Praxiskliniken die Bezeichnung „ambulante Praxiskliniken" gewählt.

Die zweite Änderung beziehe sich auf den Aufgabenbereich der ambulanten Praxisklinik: Durch die Begrenzung der Verweildauer auf eine Übernachtung und die Anzahl der Betten auf zwei pro Arzt, insgesamt auf höchstens zehn, solle der kurzstationäre Charakter der Einrichtung verdeutlicht werden.

Die Änderung zu § 136 Abs. 1 SGB V stelle klar, daß die ärztliche Tätigkeit in der ambulanten Praxisklinik auch hinsichtlich der Qualitätssicherung der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen sei.

Die Änderung zu § 136 Abs. 1 SGB V stelle klar, daß sich kein eigenes Feld der Qualitätssicherung in den ambulanten Praxiskliniken entwickeln könne. Wenn die ambulanten Praxiskliniken dem Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft von der Bedarfsplanung her zugeordnet seien, dann seien sie auch den entsprechenden Qualitätssicherungsvorschriften zu unterwerfen.

Der Gesetzentwurf habe den Verband der privaten Krankenversicherung nicht als Teil des gegliederten Systems der Krankenversicherung insgesamt berücksichtigt. Deshalb brachten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. einen Änderungsantrag zu §§ 17 und 18 KHG ein. Dadurch werde sichergestellt, daß bei der Vereinbarung der Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen der Verband der privaten Krankenversicherung Vertragspartei ist; auch solle die private Krankenversicherung in die Pflegesatzverhandlung vor Ort unmittelbar einbezogen werden.

Sie betonten, seit Jahren werde die Situation der Selbstzahler kritisiert, die Wahlleistungen in Anspruch nähmen. Die Krankenhäuser hätten dies über viele Jahre als willkommene Einnahmequelle genutzt, die inzwischen fast den Charakter einer Subvention der gesetzlichen Krankenversicherung angenommen habe. In der Bundespflegesatzordnung habe bisher nur gestanden, daß diese Entgelte angemessen sein sollten. Der Verband der privaten Krankenversicherung habe nach geltendem Recht keine Möglichkeit, hierüber Gespräche zu führen. Deswegen werde mit dem Änderungsantrag zu § 22 der Bundespflegesatzverordnung vorgeschlagen, daß die Entgelte in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen dürften und dem Verband der privaten Krankenversicherung das Recht eingeräumt, ein unangemessen hohes Entgelt auf dem Zivilrechtsweg herabsetzen zu lassen.

Zu dem im Zusammenhang mit der Gesamtvergütung vorgesehenen Sanktionsmechanismus in Form der linearen Kürzung der Budgets und Pflegesätze im Frühjahr kündigten die Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. Modifikationsbedarf an. Die nachträgliche Korrektur der geschlossenen Pflegesatzvereinbarungen könnte negative Auswirkungen auf die Pflegesatzverhandlungen haben. Die diesbezüglich gemeinsam von Krankenkassen und Krankenhäusern in der Anhörung vorgetragenen Bedenken werden im weiteren Gesetzgebungsverfahren von den Koalitionsfraktionen berücksichtigt.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD kritisierten insgesamt das hektische Beratungsverfahren wie auch die Aufspaltung der Regelungen der dritten Stufe der Gesundheitsreform in eine Vielzahl von Einzelgesetzgebungsvorhaben. Sie kritisierten ebenfalls, daß noch mit einer Reihe weiterer Gesetzentwürfe zu rechnen sei, die als Konsequenz des angekündigten Sparprogramms der Bundesregierung in den Deutschen Bundestag eingebracht würden. Dies sei ein unzumutbares Verfahren und mache eine angemessene Beratung der Gesetzentwürfe unmöglich.

Inhaltlich werde der vorliegende Gesetzentwurf weder den Anforderungen an eine strukturelle Weiterentwicklung der stationären Versorgung noch der dringend notwendigen weiteren Verzahnung der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung gerecht. Insbesondere die Einbeziehung der Ausgaben für die stationären Leistungen in den Gesamtfinanzierungsrahmen der GKV durch Vereinbarungen der Vertragsparteien auf Landesebene über eine Gesamtvergütung und deren Zuwachsrate als Obergrenze für die Summe der Erlöse der Krankenhäuser im Land für die Jahre 1997 bis 1999 ist untauglich. Dies habe auch die Sachverständigenanhörung ergeben. Mit der vorgesehenen linearen Kürzung bei der Überschreitung der landesweiten Gesamtvergütung werden unwirtschaftliche Krankenhäuser belohnt.

Hinsichtlich der Zuschläge für Wahlleistungen stellten sie heraus, daß es für viele Krankenhäuser einen hohen Aufwand bedeute, beispielsweise aus einem Zweitbettzimmer ein Einbettzimmer zu machen. Vor allen Dingen entgingen diesen Krankenhäusern Einnahmemöglichkeiten, denn sie könnten mit einem Zimmer nur noch die halben Einnahmen realisieren. Bei den heutigen Tagessätzen sei deshalb ein Zuschlag von 200 DM durchaus gerechtfertigt.

Sie betonten, die Zuschläge könnten nicht den direkt zurechenbaren zusätzlichen variablen Kosten entsprechen. Eine unbestreitbare Komponente der Mehrkosten sei, daß der Fixkostenanteil dann eben nicht zwei, sondern nur einem Bett zuzurechnen sei. Auch für die Bildung von Reserven und Rückstellungen, die bei Fallpauschalen notwendig seien, erhöhe sich der Anteil, wenn in einem Zimmer nur ein Bett stehe.

Sie bezweifelten, ob durch die vorgeschlagene Formulierung in dem Änderungsantrag, daß die Zu-

schläge in keinem unangemessenen Verhältnis stehen dürften gegenüber dem geltenden Recht, nach dem die Zuschläge angemessen zu sein hätten, eine Verbesserung zu erreichen sei. Hier müsse eine exakte Quantifizierung wie etwa in der GOÄ genannt werden.

Sie hielten es für sinnvoll, eine Ebene für die Verhandlungen zwischen Krankenhausgesellschaft und privater Krankenversicherung zu schaffen. Es sei allerdings zu fragen, ob der Verband der privaten Krankenversicherung der einzige und ausschließliche Partner sein sollte, mit dem die Vereinbarungen getroffen werden sollten, oder ob es nicht auch andere Verhandlungspartner gebe, die in Frage kämen, wie etwa die Träger der Beihilfe.

Sie erinnerten daran, daß in Lahnstein die bessere Verzahnung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich vereinbart worden sei. Es gebe aber schon jetzt beim ambulanten Operieren in einigen Bereichen Steigerungsraten, die medizinisch nicht erklärbar seien. Dadurch, daß vor der bestehenden Krankenhauslandschaft jetzt mit den Praxiskliniken neue Kapazitäten aufgebaut würden, befürchteten sie eine weitere unkontrollierbare Mengenausweitung, die zu nicht absehbaren Ausgabensteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung führten. Die mittlerweile im Wettbewerb stehenden Krankenkassen würden die Verträge mit den Praxiskliniken als Marketinginstrument benutzen, was zu einer weiteren Kostenausdehnung führen werde.

Letztlich stelle das KHNG 1997 insgesamt einen untauglichen und bruchstückhaften Gesetzesversuch dar. Es seien weder kurz- noch langfristige Perspektiven zur Lösung der Probleme im KHNG 1997 beinhaltet.

Die Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN lehnten den Gesetzentwurf aus prinzipiellen Einwänden gegen den eingeschlagenen Weg in eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser grundsätzlich ab. Sie erinnerten an die Erfahrungen mit der monistischen Finanzierung, die bis in die siebziger Jahre gegolten habe, bis mit der Verabschiedung des KHG die dualistische Finanzierung eingeführt worden sei.

B. Besonderer Teil

Soweit die Vorschriften des Gesetzentwurfs unverändert übernommen worden sind, wird auf dessen Begründung verwiesen. Zu den vom Ausschuß vorgenommenen Änderungen ist folgendes zu bemerken:

Zu Artikel 1

Zu Nummer 3a (§ 16 KHG)

Die Ermächtigungsgrundlage wird erweitert, damit in der Bundespflegesatzverordnung dem Verband der privaten Krankenversicherung ein Klagerecht als Korrektiv gegenüber der einseitigen Festlegung der Höhe der Wahlleistungsentgelte durch den Krankenhausträger eingeräumt werden kann.

Zu Nummer 4 (§ 17 KHG)

Der Verband der privaten Krankenversicherung wird – wie im geltenden Recht bei der Entwicklung von Fallpauschalen und Sonderentgelten auf der Landesebene – auch bei der neu vorgesehenen Vereinbarung der Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge auf der Bundesebene Vertragspartei.

Zu Nummer 5a (§ 18 KHG)

Die private Krankenversicherung wird angesichts ihrer Beteiligung an der Finanzierung der Krankenhäuser in die Pflegesatzvereinbarungen vor Ort unmittelbar einbezogen.

Zu Artikel 2

Zu Nummer 3 (§ 103 Abs. 7 SGB V)

Die Änderung trägt den berechtigten Interessen des Belegarztes Rechnung, in der Ausübung seiner ambulanten ärztlichen Tätigkeit nicht auf Dauer von einem Belegarztvertrag abhängig zu sein.

Andernfalls wäre seine berufliche Existenz auf Dauer von der Bereitschaft des Krankenhausträgers zur Aufrechterhaltung der Belegabteilung abhängig und außerdem könnte der Arzt, der sich nach langjähriger belegärztlicher Tätigkeit zu dieser „Doppelbelastung" z. B. aus Altersgründen nicht mehr in der Lage sieht, sich nicht auf die ambulante ärztliche Behandlung zurückziehen.

Er bekommt bei Aufhebung der Zulassungssperre eine Vollzulassung, da in einem nicht gesperrten Planungsbereich die Gefahr, daß die belegärztliche Tätigkeit als Durchgangsstation für die Erlangung der Zulassung mißbraucht werden könnte, nicht mehr gegeben ist. Bei ununterbrochenem Fortbestand der Zulassungsbeschränkung entfällt nach zehnjähriger Dauer des Belegarztvertrages die Verknüpfung seiner Zulassung mit der belegärztlichen Tätigkeit.

Bei der Feststellung des Versorgungsgrades im Planungsbereich nach § 103 Abs. 1 wird auch die beschränkte Zulassung voll mit berücksichtigt, da der Arzt wie jeder andere auch zur Versorgung der Versicherten beiträgt.

Bei der Praxisübergabe nach § 103 Abs. 4 geht die Bindung der Zulassung des abgebenden Arztes auf die Zulassung des Praxisübernehmers über. Das bedeutet, daß Voraussetzung für die Zulassung des Praxisübernehmers ist, daß der Krankenhausträger einwilligt, daß er in den mit dem Praxisübergeber abgeschlossenen Belegarztvertrag eintritt.

Zu Nummer 3 (§ 103 Abs. 8 SGB V)

Ohne eine besondere Nachbesetzungsregelung müßte in gesperrten Planungsbereichen als Nachfolger eines aus einer ambulanten Praxisklinik oder einer Praxisklinik nach § 107 Abs. 1 ausscheidenden Arztes, der seinen Praxissitz an einen anderen Ort innerhalb des Planungsbereichs verlegt und dessen Zulassung deshalb fortbesteht, ebenfalls wieder ein in diesem Planungsbereich bereits niedergelassener

Arzt gefunden werden. Dies könnte die kontinuierliche, auf hohem fachlichen Niveau stehende und eine besondere Kooperationsbereitschaft der Ärzte voraussetzende ärztliche Spezialversorgung in der ambulanten Praxisklinik gefährden.

Scheitert deshalb die Aufnahme eines bereits im Planungsbereich zugelassenen Vertragsarztes, so soll es der ambulanten Praxisklinik und der Praxisklinik nach § 107 Abs. 1 ebenso wie dem Belegkrankenhaus, das einen neuen Belegarzt aussucht, möglich sein, einen noch nicht zugelassenen Arzt in die ambulante Praxisklinik oder die Praxisklinik nach § 107 Abs. 1 aufzunehmen.

Damit dieser Ausnahmetatbestand nicht als Durchgangsstadium für Neugründungen von Einzelpraxen in überversorgten Gebieten mißbraucht werden kann, wird diese Zulassung zehn Jahre lang an die Tätigkeit in der ambulanten Praxisklinik nach § 116a oder der Praxisklinik nach § 107 Abs. 1 gebunden, es sei denn, die nach § 103 Abs. 1 angeordnete Zulassungsbeschränkung wird bereits vor Ablauf dieses Zeitraums aufgehoben. In diesem Fall entfällt die Einschränkung der Zulassung automatisch, ohne daß dies einer erneuten Entscheidung des Zulassungsausschusses bedürfte. Ab diesem Zeitpunkt hat also dieser Vertragsarzt eine Vollzulassung wie jeder andere Vertragsarzt auch.

Scheidet ein Vertragsarzt aus der ambulanten Praxisklinik nach § 116a oder der Praxisklinik nach § 107 Abs. 1 aus und endet damit auch seine Zulassung (z. B. Tod, Verzicht, Wegzug in einen anderen Zulassungsbezirk), gilt für die Nachbesetzung dieses Vertragsarztsitzes die allgemeine Vorschrift des § 103 Abs. 4. Hierbei sind gemäß § 103 Abs. 6 die Interessen der in der ambulanten Praxisklinik oder der Praxisklinik nach § 107 Abs. 1 verbleibenden Ärzte angemessen zu berücksichtigen. Der Praxisnachfolger erhält die Zulassung mit denselben Beschränkungen wie sie im Zeitpunkt der Praxisübergabe für die Zulassung des Vorgängers bestanden. Bestand zum Beispiel für dessen Zulassung noch eine Bindung von zwei Jahren, so wird auch die Zulassung des Nachfolgers ebenfalls noch zwei Jahre an die Tätigkeit in der ambulanten Praxisklinik oder der Praxisklinik nach § 107 Abs. 1 gebunden.

Zu Nummer 14 (§ 116a SGB V – Überschrift)

Der Begriff „ambulante Praxisklinik" verdeutlicht, daß in diesen Kliniken keine typische stationäre Versorgung stattfindet, sondern daß der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit die ambulante Versorgung ist. Die kurzzeitige stationäre Unterbringung (höchstens eine Übernachtung) dient lediglich der Sicherung der ambulanten Behandlung.

Zu Nummer 14 (§ 116a Abs. 1 SGB V)

Durch die Begrenzung der Verweildauer auf zwei Tage, d. h. eine Übernachtung, wird das Leistungsspektrum einer ambulanten Praxisklinik auf Fälle konzentriert, die eines kurzzeitigen stationären Aufenthalts bedürfen. Damit wird die typische Versorgungsfunktion einer ambulanten Praxisklinik besser als bisher von der eines Krankenhauses abgegrenzt.

Die Begrenzung auf zwei Betten pro Arzt und zehn Betten insgesamt verhindert, daß in Gestalt von ambulanten Praxiskliniken große Gesundheitszentren oder ähnliche Einrichtungen entstehen können. Es wird der nichtstationäre Charakter der Behandlungen in ambulanten Praxiskliniken unterstrichen.

Zu Nummer 14 (§ 116a Abs. 2 und 3 SGB V)

Folgeänderung aus der Einfügung der neuen Bezeichnung „ambulante Praxisklinik".

Zu Nummer 15a (§ 136 SGB V)

Klarstellung, daß die in der ambulanten Praxisklinik erbrachten ärztlichen Leistungen ebenso wie die ärztlichen Leistungen den Qualitätssicherungsmaßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung unterliegen.

Zu Artikel 2a (§ 22 Abs. 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung)

Durch die Änderung wird das Gebot der Angemessenheit der Entgelte für Wahlleistungen, insb. bei Ein- und Zweibettzimmerzuschlägen, stärker betont.

Zu Artikel 2a (§ 22 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung)

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung können zur Höhe der Entgelte für Wahlleistungen Vereinbarungen mit Empfehlungscharakter abschließen.

Der Verband der privaten Krankenversicherung erhält das Klagerecht als Korrektiv gegenüber der einseitigen Festlegung der Höhe der Wahlleistungsentgelte durch den Krankenhausträger.

Bonn, den 22. Mai 1996

Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid)
Berichterstatter

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 53113 Bonn
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon: 02 28/3 82 08 40, Telefax: 02 28/3 82 08 44
ISSN 0722-8333